

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER DECESSO **DELL'ASSICURATO**

polizze vita collettive

II/La sottoscritto/a														- [F] esso)	
Codice fiscale: _ _ _ _		_ _											,-	,	
nato/a il/aa	(località di nascita)	(pr	ov) (nazione)			(citta	dinanz	a)						
esidente a	(indirizzo – cap - com	une - provinci	 ia)												
	()	, ,	-,												
(nazione)	(telefono) (indiri			mail)											
seguito del sinistro che ha colpito l'.	Assicurato Sig./Sig.ra				in	ı data			in	qua	lita c	li ben	eficia	rio	
	polizza n° Collettiva														
	DE la liquidazione degli					nerali	Italia S	S.p.A.							
sul se	eguente C/C - IBAN(27	caratteri), a	al netto dell	e ritenut	te di legg	ge						Τ			
Banca		In	testatario C	:/C			me e no								
Il C/C sopra indicato è cointestato? COINTESTATARIO 1:					ome)										
ato/a il/aa								_							
(località di nascita) (prov)					(nazione)						(cittadinanza)				
COINTESTATARIO 2:				_											
(Cognome)				(no	ome)										
ato/a il/aa	(località di nascita) (prov)			_	(nazione)					(cittadinanza)					
COINTESTATARIO 3:															
(Cognome)				(no	ome)										
nato/a il / / a	(località di nascita)		(prov)	-	(nazione)					(citt	adina	nza)			
lato/a II//aa	(loodiita di l'idoolta)														
паю а п <u></u>	(Iodalia di Nadola)														

LA COMPAGNIA SI RISERVA DI RIFIUTARE LA DOCUMENTAZIONE SE CARENTE DEI DATI RICHIESTI